МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

УПРАВЛЕНИЕ ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Методические рекомендации

Москва — 1983

Методические рекомендации составлены сотрудниками Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева **В. М. Воловиком, В. Д. Видом, С. В. Днепровской** и **Т. В. Гончарской.**

Местным органам здравоохранения разрешается размножить данные методические рекомендации в необходимом количестве экземпляров.

«Утверждаю»
Начальник Управления
по внедрению новых лекарственных
средств и медицинской техники,
Председатель Постоянного Совета
по психиатрии Минздрава СССР
Э. А. Бабаян
2 ноября 1982 года
№ 21-59/ПС-82-11/ПТ

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

(Методические рекомендации)

Введение

Психотерапия является специфическим инструментом психологического лечебного воздействия на личность больного и через нее — на нервные механизмы, управляющие процессами жизнедеятельности, и одновременно — на нарушенные отношения индивида. Этим определяется то особое место, которое психотерапия занимает в реабилитации больных.

При психических заболеваниях эндогенной и соматогенной природы, как и в случаях соматической патологии, «точками приложения» психотерапевтических воздействий, применяемых в единстве с биологическими методами лечения и обычно на их основе, становятся соучаствующие в проявлении болезни личностные образования, система отношений больного прежде всего, отношение к болезни, к лечению, к своему положению среди людей и взаимоотношениям с ними), а также изъяны формирования и асинхронии развития личности, существенно влияющие на приспособительное поведение больных и тем самым на характер их социального и трудового восстановления. Нарушения адаптации у психически больных по миновании активного периода болезни могут быть связаны с разнообразными стойкими изменениями, вызванными длительной социальной и эмоциональной депривацией, конфликтной психологической ситуацией и иными неблагоприятными влияниями среды («вторично усвоенные формы поведения», госпитализм). В других случаях они могут быть связанными с изъянами формирования личности в преморбидном периоде, выявление и возможная коррекция которых становятся одним из условий эффективной реабилитации. Было бы напрасным ожидать устранения этих и подобных им искажений высших лич-

ностных свойств от одних только биологических средств лечения. Соматобиологические, в частности, психофармакологические средства способствуют большей или меньшей нормализации базисных психических функций — психической активности, психомоторики, аффективности — и оказывают на болезненные переживания и нарушенное поведение лишь опосредованное влияние. Устранение этих нарушений зависит также от адекватного и своевременного использования психосоциальных воздействий, недостаточность которых нередко имеет следствием фиксацию переживаний и затягивание болезненного состояния.

Индивидуальная психотерапия является необходимым компонентом этой системы. В ней решаются прежде всего задачи, относящиеся к осознанию факта болезни, первоначальному выявлению характера связанных с ней переживаний, выработке мотивации к лечению и коррекции реакции на болезнь, но она не использует богатых возможностей позитивного взаимовлияния больных и социального опыта, складывающегося при взаимодействии больных в группе. В связи с целями реабилитации больных особенно возрастает роль групповой или коллективной психотерапии, способствующей их социализации. Среди многообразных методических приемов реабилитации психически больных как в больничных, так и во внебольничных условиях ей принадлежит исключительно большое значение.
Между тем при психических заболеваниях групповая психотерапия до последнего времени применялась в ограниченных масштабах и, главным образом, в форме т. н. психотерапии в условиях совместной деятельности (при проведении терапии занятостью в группах, культтерапии и т. д.). Новые методы групповой психотерапии и их клинически дифференцированное применение в системе реабилитации психически больных остаются малоизвестными практическим врачам. Восполнению этого пробела и посвящаются данные методические рекомендации.

Из широкого комплекса методов групповой психотерапии психически больных в настоящих рекомендациях приводятся те из наиболее перспективных (по данным советской и зарубежной литературы), которые были отобраны, модифицированы и апробированы в институте им. В. М. Бехтерева и которым на основе имеющегося опыта отдается известное предпочтение в связи с задачами восстановительного лечения больных. Их применение оправдано у больных малопрогредиентной шизофренией с непсихотическими и мягкими или абортивными психотическими состояниями, на выходе

из психотического приступа, в периоде формирования ремиссии, а также при неглубоких депрессивных состояниях, при затяжных депрессиях эндогенной и реактивной природы. Наряду с излагаемыми в данных рекомендациях методическими подходами особого упоминания заслуживает предложенная В. Е. Рожновым методика эмоционально-стрессовой психотерапии, которая представляется перспективной при ряде нервно-психических заболеваний. Описание этой методики содержится в Руководстве по психотерапии под редакцией В. Е. Рожнова (1979).

Клинические предпосылки групповой психотерапии и принципы ее дифференцированного применения

Групповая психотерапия назначается врачом, исходя из конкретных задач психологической коррекции, сформулированных на основе четкой клинической оценки характера патологических расстройств и особенностей психического состояния больного. Основным моментом является установление синдромально-нозологического диагноза, определение фазы психического заболевания, остроты состояния, тяжести продуктивных и негативных расстройств и актуальности психопатологических переживаний. Вместе с тем, является общепризнанным, что синдромально-нозологический диагноз не содержит всей необходимой информации для рационального выбора методов психологической коррекции и направлений психотерапевтического вмешательства. Для правильного решения этой задачи необходимо знать, какие формы видоспецифической человеческой деятельности нарушены у больного и почему и в каких сферах общественной жизни проявляется его несостоятельность или снижение его социальной компетентности. Клиническое определение формы социальной некомпетентности обусловливающих ее патодинамических, психологических и социальных факторов составляет **функциональную диагностику** психического заболевания *. Патодинамический аспект функционального диагноза отражает остроту болезненного процесса, его динамические характеристики, актуальность психопатологических переживаний и позволяет оценить их влияние на функционирование больного. Психологический аспект дает информацию о характере субъективной оценки больным

* Наиболее подробное изложение этих вопросов см. в книге «Клинические и организационные основы реабилитации психически больных» под ред. М. М. Кабанова и К. Вайзе, М., Медицина, 1981, с. 152—206.

своего состояния, своей роли в лечебном процессе, ожидаемых результатов лечения; он характеризует далее наличие психологических трудностей и конфликтов, степень их осознания, адекватность ролевого поведения в реальном окружении, правильность опознания наиболее существенных сторон своих отношений с окружающими, адекватность самооценки и уровня притязаний, наличие необходимых социальных навыков или так называемых привитых форм поведения (например, госпитализма), затрудняющих адаптацию. Социальный аспект функционального диагноза содержит сведения о структуре взаимоотношений больного с его непосредственным социальным окружением и влияниях, которым он подвергается, в частности в связи с болезнью и лечением, со стороны основных значимых микрогрупп — семьи (родительской, супружеской), производственного коллектива и др. Вся эта информация, прошедшая через призму синдромально-нозологической оценки, становится исходным критерием для определения необходимости психотерапии и выбора ее отдельных методов.

Таким образом, функциональная диагностика является важной составной частью клинического диагноза психического заболевания, существенно дополняющей синдромально-нозологический диагноз болезни.

С известной условностью можно выделить несколько уровней задач групповой психотерапии, которым соответствует определенная иерархия методов, имеющих собственный «спектр» терапевтических возможностей. Рассмотрим эти уровни в порядке возрастающей сложности задач и соответствующих им методов групповой психотерапии. **К первому, более простому уровню** относятся эмоциональная стимуляция, оживление психомоторики, активация общения, налаживание коммуникаций и установление между больными эмоционально насыщенных связей. Задачами **второго, более сложного уровня** являются восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработка адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях, тренировка общения, преодоление зависимости и повышение социальной уверенности у больных. **Третий, еще более сложный уровень** составляют укрепление и изменение социальных позиций, поколебленных болезнью, достижение пациентами более правильного представления о болезни и нарушениях своего поведения, коррекция дезадаптивных установок и отношений и оптимизация поведения. Наконец, **самый сложный четвертый уровень** включает раскрытие содержательной стороны внутренних психологических

конфликтов (т. е. противоречивых сознаваемых и неосознаваемых мотивов и отношений, имеющих для больного большую субъективную значимость), перестройку нарушенной системы отношений и выработку адекватных форм психической компенсации. Конечно, если под психологической компенсацией психически больного понимать, как это нередко делают, только рациональную переработку психопатологических переживаний, то содействие этому процессу должно начинаться как можно раньше, по мере их дезактуализации, и составлять основу той индивидуальной психотерапевтической работы, которая проводится врачом в активной фазе психоза и предпосылается групповой психотерапии. Здесь под психологической компенсацией понимаются способы эмоционально-личностного реагирования на те противоречивые психологические ситуации, которые предстают перед больным в качестве объективно или субъективно неразрешимых. Соответственно необходимость «включения» этого уровня психотерапевтических задач находится в зависимости от наличия и актуальности переживаемых больным психологических конфликтов и его неспособности их эффективно разрешить. В этом смысле содействие рациональной переработке болезненных переживаний составляет лишь одну из частных задач.

Решению задач первого уровня групповой психотерапии в наибольшей степени способствуют психомоторные группы (в которых могут проводиться коллективные занятия ритмикой, пантомимой, игры, групповые формы лечебной физкультуры), а также простые формы коммуникативно-активирующей терапии («литературный пересказ» и др.). Творческие виды лечебных занятий в группе (рисование, лепка, т. н. музыкотерапия) представляют собой вариант психотерапии, где главным в достижении общей групповой цели является не сам объект или метод (рисунок, прослушиваемая музыка), а общность переживаний. Помимо выявления и стимуляции способности к сопереживанию, создания общего внутригруппового настроения, такого рода занятия способствуют углублению культурных интересов и знаний и формированию новых потребностей. Организация спортивных занятий и игр различной степени сложности содействует не только растормаживанию моторики и повышению эмоционального тонуса, но и является наиболее простым средством восстановления и тренировки взаимодействия между больными. Пантомима и другие групповые методы, содействующие решению задач первого уровня, создают благоприятные условия для последующего перехода к вербальным методам психологической коррекции.

Для решения задач, отнесенных ко второму уровню, кроме названных методов, особое значение для повышения уверенности в себе приобретает функциональная тренировка поведения.

Третьему уровню задач соответствуют более сложные варианты коммуникативной терапии (в которых используется метод свободной импровизации диалогов и игровые моменты) и проблемно ориентированные дискуссии в группах (на заданную тему).

Основой в решении задач четвертого уровня является так называемая методика свободных вербальных дискуссий.

Чем сложнее задачи, которые решаются групповой психотерапией, и чем выше место в иерархии методов, которое занимают используемые техники терапии, тем строже требования, предъявляемые к формированию группы, и тщательнее отбор больных. В то время, как применение методов психомоторики, музыкотерапии, различных форм творческой активности в группах показано широкому контингенту психически больных и может начинаться по мере снижения актуальности и разрыхления психотических переживаний, коммуникативно-активирующая, разговорная и, особенно, раскрывающая психотерапия имеют все более сужающиеся показания, вытекающие из сформулированных выше задач. При этом коммуникативно-активирующие методы могут применяться на выходе из психоза, при хроническом течении малопродуктивных форм, при вялотекущих формах, резидуальных и стационарных психопатологических состояниях с преобладанием негативной симптоматики и конституциональных аномалиях, в то время как раскрывающую разговорную терапию можно вводить лишь при достаточной стабилизации психического состояния в ремиссиях, при некоторых мягких проявлениях психозов у больных с относительно сохранной приспособляемостью, а также при затяжных психопатологических состояниях, в генезе которых решающее место принадлежит ситуативно-личностным моментам.

При комбинированном проведении методик удельный вес каждой из них должен определяться конкретными задачами психотерапии. В зависимости от функционально-диагностической информации, акцент в программе лечения каждого отдельного больного можно сделать на дифференцировке экспрессивных форм поведения (пантомима), отработке простых или сложных стереотипов эффективного общения (функциональная тренировка поведения, коммуникативно-активирующая терапия), дезактуализации глубинных лич-

ностных конфликтов и коррекции нарушенных отношений личности (сложные разговорные формы групповой психотерапии).

Выделение отдельных психотерапевтических приемов и раздельное их описание имеют методический смысл. Они являются необходимой предпосылкой правильной подготовки психотерапевтических кадров. Вместе с тем, в своей практической деятельности психотерапевту следует избегать как искусственного противопоставления отдельных методов друг другу, одностороннего акцента на использовании какого-то одного из них в ущерб другим, так и хаотического бесконтрольного смешения основных принципов, лежащих в основе различных психотерапевтических методов. Удельный вес каждого из них в индивидуальной программе больного бывает различен, и решающим в успехе является не догматическое соблюдение «чистоты» отдельных используемых методик, а гибкое, продуманное использование оптимальной для данного больного на данном этапе лечения комбинации психотерапевтических приемов с учетом основных методических принципов применения каждого из них.

МЕТОДЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Пантомима

Основные принципы и цели

Основу метода пантомимы составляет развитие невербальных компонентов общения и активации психомоторики. Двигательная экспрессия больных шизофренией в значительном числе случаев бедна изначально в силу преморбидных особенностей личности. Заболевание обычно еще более углубляет эти изменения. Содержательная сторона психомоторики может подвергаться процессуально обусловленным качественным искажениям. Такие искажения у больных шизофренией чаще формируются, однако, еще до манифестации заболевания, в ходе усвоения своеобразного, с чертами «инакости», невербального «языка» общения, который нередко, как показывают многие современные исследования, господствует в их семьях. В то же время бедность экспрессии, ошибки в опознании правильного значения отдельных ее элементов у окружающих затрудняют общение и взаимопонимание больных шизофренией с другими людьми, а сознание свойственной им общей двигательной скованности в обще-

нии фиксирует болезненное, зачастую завышенное ощущение своей социальной несостоятельности.

На занятиях пантомимой больные приобретают возможность контролируемой тренировки свободного двигательного экспрессивного поведения, направленного обогащения своего «языка» невербальной коммуникации и умения правильно понимать мимическую «речь» окружающих. Здесь же, благодаря непосредственной реакции группы, больной получает объективное подтверждение улучшения качества своего невербального поведения. Немаловажным является активирующий эффект групповых занятий психомоторикой, что важно и при депрессивных состояниях. Повышая собственный эмоциональный тонус больного, эти занятия в немалой степени способствуют налаживанию положительных связей, формируют у больных чувство общности. На основе этих принципов становится возможным достижение трех основных целей этого вида терапии:

1. Получение информации об отдельных элементах двигательной экспрессии и их коммуникативном значении позволяет улучшить у больных качество социальной перцепции (восприятия социального окружения).

2. Усвоение вновь полученных невербальных коммуникативных элементов, приобретенная способность к их активному воспроизведению в реальном общении с людьми повышает возможности общей социальной коммуникации больных.

3. Тренировка в свободном, непринужденном двигательном и мимическом поведении способствует повышению уровня самоутверждения больных, устранению чувства социальной несостоятельности.

Проведение занятий

В группу для занятий пантомимой больной направляется на основе клинического заключения о характере экспрессивных и перцептивных нарушений, полученного в результате предварительного индивидуального обследования. В ходе подготовки больного к занятиям обращают его внимание на значимость обогащения бессловесного экспрессивного поведения для улучшения навыков общения и повышения уровня самоутверждения. Он должен иметь представление о структуре всего занятия и терапевтическом значении каждого из его этапов. В ходе первых занятий необходимо окончательное уточнение его индивидуальной программы и ожидаемых результатов лечения. В беседах с больным в ходе лечения

фиксируется уровень достигнутых им успехов, анализируются причины возможных неудач.

Каждое занятие складывается из нескольких этапов.

А. Занятия желательно предварять короткой «разминкой», основной задачей которой является «настройка» группы к переходу на невербальный стиль коммуникации. Содержание «разминки» должно быть разнообразным и меняться от занятия к занятию *. Включать в «разминку» рекомендуется (с учетом возрастного состава группы) отдельные несложные элементы лечебной физкультуры (наклоны, приседания, движения в плечевом поясе, подскоки), игровые эпизоды (арочный хоровод, «пятнашки», «третий лишний»), отдельные ритмические этюды (аккомпанемент основной музыкальной мелодии хлопками, бубнами и т. д. в унисон или с одновременным использованием разных ритмических рисунков; ритмическая «перекличка» и т. д.).

Б. После «разминки» переходят к психогимнастической части занятия, длящейся 30—40 мин. Психогимнастика ведется в трех основных направлениях.

1). **Тренировка в воспроизведении основных групп эмоций.** Больные после предварительной инструкции психотерапевта пантомимически изображают поведение, например, при «получении» печальных или радостных известий; в ситуациях, могущих вызвать реакции изумления, озадаченности, презрения, сострадания и т. д. От больных ожидается максимально возможная выразительность, допускающая понимание переживаемого ими чувства другими. Этюды (все вместе или последовательно) подвергаются короткому групповому обсуждению. Задача терапевта при этом — поощрять естественность и изобретательность в мимическом выражении, отмечать неиспользовавшиеся ранее элементы экспрессии.

2). **Освоение сложных экспрессивных форм поведения, не связанных первично с какими-либо эмоциональными состояниями.** Содержательное разнообразие такого рода этюдов велико и не нуждается в специальном регламентировании. Приводим часто используемые варианты: «ходьба против ветра», «ходьба по канату», танец с воображаемым партнером; идущий куда-либо человек вдруг вспоминает, что забыл дома что-то; движение сквозь чащу (воображаемую пациентом или изображаемую группой). Этюды выполняются по очереди, затем обсуждаются группой.

---

* См. Методические рекомендации Е. И. Бондаренко и В. М. Воловика «Применение лечебной физкультуры в системе восстановительного лечения психически больных», Л., 1975.

3). **Тренировка невербальных компонентов общения.** Разнообразие сюжетов здесь также велико. Наиболее распространенные варианты: «помириться с тем, кого обидел», «выбрать подарок и преподнести его», «один уговаривает остальных следовать за ним», «все уговаривают одного к ним присоединиться», «объяснение в любви» и т. д. Этюды подвергаются групповому обсуждению.

В. Следующая часть задания, длящаяся 15—20 минут, используется для тренировки социальной перцепции. Больным предлагается изобразить пантомимические символы каких-то достаточно абстрактных понятий, и, если эти понятия задаются до начала этюда, то тренируются возможности двигательной экспрессии данного больного, а если они расшифровываются после выполнения этюда, то тренируются качество «перевода» данного понятия на язык пантомимы и навыки опознания окружающими значения пантомимического контекста. В первом случае, таким образом, становится важным оценить, насколько изобретательна, органична и содержательно точна пантомимическая экспрессия; во втором— насколько больному удалось сделать себя понятным окружающим, «разговаривая» с ними на невербальном языке. Содержательные варианты таких этюдов весьма разнообразны. Они могут включать как отдельные символы и эпизоды (например, изобразить какое-либо животное, время года, предмет, «путь к цели через препятствия», «борьбу с болезнью» и т. д.), так и достаточно сложные проективные «игры», например, «маскарад» (каждый изображает маску, которую надо угадать). Содержание этюдов, инициативно предлагаемых самими больными, обычно уточняется предварительно в индивидуальной беседе с психотерапевтом. Задачей последнего в обсуждении этюдов является поддержание принципа реальности и сосредоточение разговора на личностной проблематике отдельных больных, предпринимаемое с их согласия.

Г. Заключительная часть занятия, длящаяся 15—20 минут, посвящена проработке средствами пантомимы конфликтной личностной проблематики отдельных больных. Наличие последней, необходимость достаточной дифференцированности больных, делающей возможной ее проработку, — эти критерии предполагают избирательное включение лишь некоторых больных в этот этап занятия. Проигрываемые здесь этюды носят уже не анонимный, отвлеченный характер. Сюжеты их обусловлены конкретными жизненными обстоятельствами данного больного. Они могут служить целям уточнения конфликтных зон, раскрытия содержательных эле-

ментов, интенсивности переживаний (например, темы: «какой я есть, каким бы хотел быть», «каким видят меня люди», «как ведут себя по отношению ко мне родители или другие значимые лица», «воспоминания детства», «несбывшиеся мечты» и т. д.). Эти этюды могут быть посвящены прицельной психологической коррекции средствами пантомимы личностных установок, нуждающихся в перестройке, и в этом случае носят тренировочный характер. Иногда истинное эмоциональное отношение к проблеме, скрываемое больным в обычной беседе, становится очевидным, если больной использует пантомимические средства коммуникации.

Возможные ошибки при проведении методики

Занятия пантомимой могут восприниматься больными как всего лишь живая, забавная игра. Поначалу это имеет положительное значение, так как облегчает вовлечение в занятия и повышает интерес к участию в них. Однако, при недостаточной мотивированности больного эта «развлекательная» сторона может заслонить в его глазах содержательную — необходимость сложной работы по коррекции эмотивной экспрессии, которая требует с его стороны определенных усилий. К этой стороне работы в группе следует привлекать внимание каждого пациента с самого начала занятий, чтобы избежать появления ошибочной установки.

Нечеткость критериев оценки этюдов может привести к тому, что обсуждение их группой окажется безынициативным и хаотичным. Дискуссия должна быть краткой и, по возможности, ограничиваться оценкой пантомимического исполнения. Отдельные моменты интрапсихической проблематики при этом могут лишь намечаться, без того чтобы углубляться в их анализ, который целесообразнее проводить позднее — в рамках вербальных методов.

Снижать мотивацию больных к занятиям могут однообразие предлагаемых сюжетов для исполнения в этюдах, расплывчатость оценок терапевта или отсутствие поощрений с его стороны, что не позволяет больному в достаточной мере почувствовать успех психотерапии.

Функциональная тренировка поведения

Основные принципы и цели

Экспериментальной психологией и нейрофизиологией уже давно было показано, что элементы поведения, не подкрепляемые положительными стимулами, имеют тенденцию к

угасанию; элементы же, подкрепленные положительными эмоциональными стимулами, приобретают тенденцию к более устойчивому повторению, причем подкрепление тем эффективнее, чем меньше времени прошло с момента проявления подкрепляемого поведения до подачи подкрепляющего стимула. Этот принцип лег в основу условно-(сочетательно)-рефлекторной терапии, предложенной В. М. Бехтеревым в начале века, а теперь используется представителями терапии поведения в западных странах, механистически воспринявших павловское учение об условных рефлексах. В отличие от поведенческих приемов функциональная тренировка поведения (ФТП), не имеет целью непосредственное устранение психопатологических симптомов. Она представляет собой курс упражнений, оптимизирующих поведение больного (испытывающего чувство неуверенности и страх перед общением) в трудных для него ситуациях взаимоотношений с людьми. Такая тренировка способствует повышению уровня самоутверждения, получению более правильного представления о своих способностях в общении с другими лицами и тем самым улучшению социального функционирования во внетерапевтической среде.

Проведение занятий

Программа групповых занятий состоит из набора сцен или этюдов, содержащих элементы взаимодействия в различных сферах общения — на улице, в транспорте, общественных учреждениях, среди коллег, знакомых, с начальством и в семье. Сцены конструируются однотипно. Один из участников взаимодействия, следуя заданной роли, должен воспроизвести предусмотренный элемент общения, проявив определенный уровень целеустремленности и уверенности в себе. Сложность роли, выполняемой главным действующим лицом, определяется характером заданного поведения второго участника взаимодействия. Он может сразу выполнить просьбу главного действующего лица (быть активным в разговоре с ним), или вести себя безразлично (говорить неохотно, односложно), либо отвечать категорическим отказом (выполнить просьбу, продолжить разговор и др.). В зависимости от поведения партнера главному действующему лицу приходится быть более активным, настойчивым, прибегать к расспросам, аргументации или даже к помощи других лиц. Если по сюжету главному действующему лицу приходится отказывать в чем-либо партнеру, то последнему предоставляется сразу согласиться с отказом, продолжать обращаться с просьбами или категорически настаивать на

своем. Приводимая в приложении на стр. 37 программа занятий по ФТП содержит перечень сюжетов, которые должны быть дополнительно ранжированы по степени трудности. Проделаем это на примере следующего сюжета: в поезде ваше место оказалось занятым, вы просите его освободить. *Сцена* 1: место освобождают сразу. *Сцена* 2: место освобождают лишь после того, как вы начинаете настаивать на своей просьбе. *Сцена* 3: на все ваши настояния отвечают категорическим отказом. Место освобождают после вашего обращения к проводнику.

Переход к очередному сюжету возможен только после строго последовательной отработки отдельных сцен предыдущего сюжета в возрастающей сложности. При ранжировании каждой ситуации наряду с содержанием взаимодействия целесообразно использовать и другие факторы, потенциально влияющие на уровень его сложности (социальная позиция, пол, возраст партнера и т. д.).

Перед включением в группу в ходе предварительной индивидуальной подготовки каждому участнику разъясняются основные принципы и цели данной методики. Существенным является осознание больным тех или иных изъянов его характера, требующих участия в данном виде терапии: неуверенности в себе, низкого уровня самоутверждения, страха перед общением, боязни взаимодействия с другими людьми.

В начале первого занятия всей группе дается устная инструкция об основных правилах работы в группе. Перед тренировкой в исполнении каждого этюда (сцены) психотерапевт излагает предлагаемую для проигрывания ситуацию. При этом можно просить пациентов записать правильный уверенный ответ. Затем психотерапевт с котерапевтом* или с одним из пациентов проигрывает заданную сцену, причем психотерапевт берет на себя роль человека, уверенного в себе, показывая группе пример (модель) самоутверждающей реакции на данную ситуацию.

После этого больные в присутствии всей группы попарно воспроизводят заданную психотерапевтом модель, меняясь ролями. В каждом случае этюд повторяется до тех пор, пока качество его исполнения каждым из участников не будет признано удовлетворительным. Здесь следует руководствоваться основным принципом постепенности усложнения ситуаций. Если этюд удовлетворительно выполняется больным в данной паре, то убеждаются в том, что он столь

---

* Под котерапевтом понимается специалист (врач, психолог), ассистирующий руководителю группы и помогающий ему в ведении занятия.

же хорошо воспроизводится в паре с другими возможными партнерами, прежде чем перейти к разыгрыванию следующих сцен. Не рекомендуется обсуждение трудностей, возникающих при выполнении этюдов, или соответствующей личностной проблематики. Напротив, желательным представляется словесное поощрение действующих лиц членами группы как после выполнения всего этюда, так и во время действия — после удачного исполнения отдельных элементов.

Решающим в успехе тренировки является стиль работы терапевта. Все зависит от его умения найти четкие формулировки действий, характеризующих желательный внешний рисунок роли пациентов, а также от того, насколько правильно он будет пользоваться основными терапевтическими средствами — мгновенным подкреплением желательных элементов поведения больных и игнорированием нежелательных. Важно, чтобы каждый модельный этюд выполнялся с безукоризненной свободой и четкостью движений, в отношениях между его исполнителями не чувствовалось ни малейшей натянутости, а уровень их коммуникации позволял им быстро прийти к единому мнению о том, следует ли «доработать» данный этюд или можно переходить к следующей сцене. Собственная мотивация терапевта к своему участию в занятиях должна быть столь высока, чтобы его поощрительные высказывания звучали для больного искренне. Содержание поощряющих высказываний не должно быть формальным, в них перечисляются действительно (или в особенности) удавшиеся больному конкретные поведенческие элементы. При этом недопустим шаблон в высказываниях. Они должны делаться с учетом индивидуальных особенностей проблематики данного больного. Терапевту не следует ограничиваться наблюдением лишь за больными, непосредственно действующими в этюде. Существенно важно не выпускать из поля зрения всю группу, так как, во-первых, это дает преимущество в личностной диагностике (больные, наблюдающие за выполнением этюда другими, иногда в невербальной форме полнее и спонтаннее раскрывают свою собственную проблематику), а во-вторых, своевременное положительное подкрепление терапевтом поощрений, сделанных другими членами группы, повышает число высказываний, что, в свою очередь, оживляет групповую динамику, способствуя большей продуктивности занятий.

Особенно трудным в проведении данной методики является устранение нежелательных элементов в поведении больных. Трудность эта связана с тем, что порицающая оценка со стороны терапевта, так же как и любое «наказание»

являются отрицательным подкреплением, способствующими фиксации на нежелательных элементах поведения и поэтому не должны применяться. Терапевту предлагается игнорировать нежелательные элементы и в особенности активно подкреплять появляющиеся желательные. Например, если в этюде больной, здороваясь с кем-либо, смотрит в пол, не следует говорить ему: «Вы не смотрели в глаза собеседнику». Нужно отметив то, что больному удалось, еще раз показать модельный этюд, а в устной инструкции подчеркнуть необходимость смотреть партнеру в глаза во время действия. Если после этого больной выполнит этюд надлежащим образом в положительной оценке особо следует отметить прямой взгляд в глаза собеседнику.

Параллельно с основным курсом целесообразно проведение (еженедельно или раз в дне недели) непродолжительных групповых занятий (20—30 мин), посвященных этапному подведению итогов курса, совместному обсуждению успехов каждого из участников. Дискуссия здесь ограничивается технической стороной функциональной тренировки поведения, качеством выступлений, динамикой уровня самоутверждения. Интрапсихические аспекты личностной проблематики больных (функционально-тренировочная терапия дает весьма богатый материал в этом отношении) целесообразнее подвергать проработке в рамках вербальных групп и параллельного курса индивидуальной психотерапии.

При амбулаторном лечении каждый член группы получает программу индивидуальных «домашних заданий», увязанных с содержанием основного курса. Как правило, это — воспроизведение в реальных жизненных ситуациях уже проработанных на занятиях сцен. Выполнение «домашних заданий» контролируется в индивидуальном порядке, а также составляет существенный элемент этапных групповых обсуждений итогов курса.

По завершении программы проводится заключительная дискуссия, в ходе которой индивидуальная динамика каждого из пациентов оказывается поочередно в центре обсуждения всеми членами группы. Усилия терапевтов направлены здесь на упрочение чувства положительной перспективы у каждого больного. Они стремятся, избегая штампованных бессодержательных оценок, сосредоточить внимание группы на положительных изменениях общего рисунка поведения, реально достигнутых конкретным больным и носящим систематический характер. Серия индивидуальных бесед после общей дискуссии имеет целью формулирование программ дальнейшего повышения сложности самостоятельных пове-

денческих тренировок больных в реальных жизненных ситуациях. Эта «поддерживающая поведенческая терапия» контролируется затем в индивидуальном порядке по специальному расписанию. Больных, достигших хороших результатов, целесообразно приглашать для участия в этапных дискуссиях, в особенности в первой фазе занятий начинающих групп (в частности, для показа вместе с терапевтом образцовых (модельных) форм самоутверждающего поведения).

Возможные ошибки при проведении методики

Одной из возможных ошибок является недостаточная подготовительная работа по индивидуальной мотивации больных к тренировке поведения. Если не достигается должного осознания больным дефектов своего социального поведения или нет надежды на их коррекцию с помощью данного метода, его участие в занятиях будет носить формальный характер. Мотивационные трудности могут возникать и на последующих этапах, когда больные при усложнении предлагаемых заданий снижают эмоциональную вовлеченность в ситуацию или испытывают ощущение искусственности происходящего. Это становится заметным по появлению чрезмерной легкости и свободы поведения при относительно сложных обстоятельствах, по скептическим замечаниям, попыткам вовлечь психотерапевта и других членов группы в дискуссию, в которой больные подчеркивают разницу между лечебной и реальной жизненной ситуацией. Иногда больные отказываются от выполнения этюдов, ссылаясь на значительное отличие своего исполнения (нередко, мнимое) от того, как это делают другие больные, которым этюды удаются лучше. Во всех таких случаях рекомендуется усилить индивидуальную мотивацию больных к занятиям. Важной задачей терапевта является исключение всяких обсуждений в процессе занятий, отвлекающих больных от непосредственного действия.

Коммуникативно-активирующая терапия

Основные принципы и цели

Как показывают клинические наблюдения, социальная адаптация психически больных, в особенности больных шизофренией, в значительной мере страдает из-за сочетанного

снижения как социальной перцепции, позволяющей ориентироваться в сложных жизненных ситуациях, так и тактико-ролевых навыков, необходимых для построения успешной стратегии общения в условиях с неясным исходом взаимодействия.

Коммуникативно-активирующая терапия представляет собой сочетание психодраматических импровизационных элементов со свободной вербальной дискуссией. Основная цель ее — тренировка сложных стереотипов целенаправленного общения в ситуациях с неполной информацией относительно его результатов, с которыми человек преимущественно встречается при разрешении тех или иных вопросов в обыденной жизни (получение согласия на то или иное действие, подтверждение собственной точки зрения и др.). Содержанием занятий является проведение диалогов двумя участниками группы, представляющих импровизацию или чаще развитие начальной фразы, предложенной терапевтом или одним из подготовленных пациентов.

Включению в группу предшествует тщательное клинико-психологическое обследование больного, дающее психотерапевту информацию о зонах и уровнях снижения социальной перцепции, характере нарушений ролевых тактических навыков, сферах общения и референтных лицах, в общее с которыми указанные нарушения ведут к снижению социальной адаптации. От точности полученных данных зависит успех индивидуальной работы по формированию мотивации больного и успех самой терапии. К началу занятий в группе желательно создать у больного критическое отношение хотя бы к некоторым нарушениям навыков собственного поведения. При включении в группу больной должен быть ознакомлен с характером предстоящих занятий и проинструктирован о том, что активное участие в игровом элементе занятия является необходимым и что успех последнего невозможен без активности всех членов группы в дискуссии.

Непосредственно перед занятием проводится индивидуальная подготовка того больного, который будет принимать непосредственное участие в импровизированном диалоге на данном занятии. К этому времени врач должен иметь уже отчетливое представление об общем плане диалога в соответствии с намеченными задачами психотерапии. Правильное построение сюжета диалога является решающим условием успешности занятия. Диалог имеет в основном три главные цели.

1. При недостаточной ясности особенностей нарушений общения больного диалог может нести **диагностическую**

функцию (например, в случаях диссимулятивного поведения при сборе анамнеза) или способствовать уточнению основного направления психотерапии (например, отработка адаптивных форм общения или устранение дезадаптивных). Задача такого диалога должна формулироваться в соответствии с диагностическими целями, а результат оценивается в зависимости от их достижения.

2. При наличии соответствующих показаний психодраматический тренинг может выполнять **обучающую функцию.** В усвоении больным адаптивных форм социального поведения акцент, в зависимости от общей программы психотерапии, ставится на задачах по преимущественной отработке навыков ориентировки в сложной ситуации общения (например, быстро получить правильное представление об установках, интересах отдельных людей, особенностях их взаимоотношений с другими лицами и т. д.), или на задачах по отработке чисто тактических навыков вербального общения (умение строить логически оправданную стратегию разговора, в котором нужно чего-нибудь добиться от собеседника, оперировать аргументами, демонстрировать взаимопонимание в действии и т. д.). В таких диалогах должны быть конкретизированы отношения партнеров и ожидаемый результат беседы, достижение которого служит главным критерием успешности проведения диалога. Ключевым моментом здесь является роль второго, «подыгрывающего» участника диалога. Его поведение должно быть запрограммировано не только в соответствии со смыслом общей задачи диалога, но и с планируемой степенью ее трудности (например, партнер — «начальник», к которому обращаются с какой-то просьбой, должен знать, быть ли ему со своим подчиненным доброжелательно-либеральным, индифферентным или неуступчивым). Степень трудности предлагаемых больному заданий должна возрастать в ходе терапии. Запланированное с контрольной целью отсутствие благоприятного для больного исходного диалога (в смысле выполнения сюжетной задачи), позволяет оценить его шансы на успех в реальной жизненной ситуации по демонстрируемым навыкам общения и поэтому не нарушает принципа тренировки в условиях неполной информации о результатах взаимодействия.

3. В большинстве случаев, в особенности на начальных этапах использования методики, усвоение адекватных стереотипов поведения затруднено в силу наличия дезадаптивных, сложившихся у больного непродуктивных форм психологической компенсации, представляющих собой неудачные попыт-

ки справиться с трудностями общения В основном, здесь типичны тенденции к уходу от решения поставленных задач, попытки решения, предпринимаемые без учета позиции партнера. Стиль общения такого больного характеризуется ригидностью, однообразным использованием узкого репертуара неудачно подобранных вербальных приемов взаимодействия, значительным внутренним напряжением и двигательной скованностью, а неудача охотно используется им для отказа от дальнейших попыток решения поставленных задач. В таких случаях основной функцией психодраматического тренинга является **переучивание,** т. е. устранение дезадаптивных форм поведения с заменой их на адаптивные. Существенным условием возможности устранения дезадаптивных стереотипов является появление критики к ним. На этом начальном этапе основной целью индивидуальной психотерапевтической работы должно быть формирование критического отношения к дефектам социального поведения, а диалоги терапевту следует строить так, чтобы наглядно продемонстрировать группе, а через нее и больному, изъяны в общении и их причины. Отдельные проявления дезадаптивного поведения, выявленные в диалогах, должны быть сформулированы для больного. Одновременно вводятся и подкрепляются психотерапевтом элементы адаптивных стереотипов, в выполнении которых больной должен тренироваться на последующих занятиях. Основным критерием успешности социального поведения больных на этапе переучивания является умение слушать (т. е. переключить свое внимание на партнера, сосредоточиться на установлении оптимального контакта с ним, правильно опознать особенности его личностных установок) и умение быть естественным, использовать лишь органично присущие ему приемы общения, добиваться чувства комфорта, полного отсутствия внутреннего напряжения в беседе с партнером.

Сюжет диалога и обстоятельства действия уточняются в индивидуальной беседе до начала группового занятия. Для проведения диалога привлекается «подыгрывающий» партнер из числа участников группы, которому разъясняется его роль и который имеет достаточный уровень навыков общения для того, чтобы с ней удовлетворительно справиться. В начале занятия сам больной излагает в общих чертах суть предстоящего диалога. При этом психотерапевту важно убедиться в том, что задача, выполнение которой ожидается от больного, и критерии оценки успешности ее выполнения понятны группе. После этого приступают к диалогу. Весь диалог ведется в импровизационном порядке. Вопрос о том,

кому и какими словами следует его начинать, решается в зависимости от намеченного сюжета и предусмотренного распределения ролей. Содержание диалога не регламентируется. Больные должны лишь оставаться в рамках намеченных обстоятельств действия, не вступая на время диалога в вербальный или невербальный контакт с остальными членами группы. Фантазия участников ограничивается лишь требованиями соответствия достоверной реальности и соблюдения общепринятых в межличностных отношениях этических норм. В среднем 5—10 минут взаимодействия в диалоге дают достаточную информацию для суждения об его успехе и для анализа проблематики больного. За диалогом следует его свободное обсуждение всей группой. Желательно, чтобы в дискуссии стала ясна точка зрения каждого на то, удалось ли больному выполнить поставленную задачу, сформулированную в соответствии с описанными выше диагностическими критериями, и если нет, то что этому помешало, а если да, то какой прогресс это представляет собой в лечении. Обсуждение длится 10—30 минут. Оно бывает короче, если подводятся итоги диалогов, имеющих чисто тренировочную функцию, или дольше, если решаются задачи диагностические или связанные с преодолением дезадаптивных защитных личностных установок больного. В зависимости от этого на одном занятии может быть проведено 2—4 диалога. Задача психотерапевта в дискуссии — подкреплять позитивные высказывания отдельных членов группы, уточнять возможные расхождения во мнениях, конкретно формулировать результаты диалога, дальнейшую программу терапии. При проведении тренировочных диалогов весьма целесообразно использовать в обсуждении прослушивание магнитофонной записи только что проведенного диалога. Искусственное членение его на отдельные элементы делает возможным более тонкий и точный анализ общения, подбор иных, более эффективных вариантов (последнее, несомненно, потенцирует обучающие возможности психодраматической техники). После группового занятия с больными проводится индивидуальная беседа с более глубоким, чем на группе, анализом личностной проблематики. Все члены группы равномерно, т. е. с одинаковой частотой, привлекаются к активному участию в диалогах.

При использовании методики в работе по реабилитации больных с выраженными проявлениями процессуального дефекта возможно значительное ее упрощение. Начальные фразы диалога можно заранее сформулировать в письменном виде. Это облегчает уяснение его назначения. В качестве

задачи участникам диалога может предлагаться просто поддержать разговор в течение определенного времени. Диалог может быть заменен пересказом каких-либо литературных текстов, рассказом о каких-либо интересных событиях, которые затем обсуждаются группой. В этом случае задача выступающего больного — заинтересовать группу сообщаемой информацией, подать ее в доступной остальным участникам форме, создать наилучшие условия для завязывания последующей дискуссии.

Возможные ошибки при применении методики

При применении методики весьма важным является правильное формулирование конкретных целей работы с данным больным, требующее квалифицированной диагностики его психотерапевтического и психосоциального статуса. Неправильный выбор психотерапевтической цели в ряде случаев связан с тем, что за вторичные, психологически обусловленные, принимаются первичные психопатологические нарушения.

Не всегда правильно распознается природа защитного психологического сопротивления больных лечебному вмешательству, в связи с чем в качестве мишени психотерапии могут оказаться мнимые или несущественные нарушения, т. е. не являющиеся каузальными в дезадаптации. Заниженная оценка преморбидных навыков может привести к искусственной оценке успеха психокоррекционной работы. Существенные трудности могут вызывать дефекты в формировании мотивации у больного к участию в занятии.

Проблемная дискуссия

Основные принципы и цели

Осуществляющиеся в онтогенезе процессы социализации растущего человека ведут к формированию системы его отношений, установок, принципов переработки информации, что проявляется в формировании жизненного опыта индивида, оставаясь во многом неосознанным. Процесс социализации при определенных условиях может подвергаться аномальным изменениям, в особенности тогда, когда уже усвоенные индивидом ценностные ориентации оказываются несовместимыми с новым жизненным опытом и вместо конструктивной переработки возникших расхождений ведут к его отри-

цанию или искажению. При этом нарушаются процессы переработки информации, в том числе на неосознаваемом уровне, что ведет к деформации существующего эмоционального опыта или к появлению определенной избирательности при осознании нового. Возможности усвоения дополнительно снижаются в результате активного внутреннего напряжения, которым психически больной отвечает на внешние психосоциальные воздействия.

Методика проблемной дискуссии имеет целью устранение искажений имеющегося эмоционального опыта и повышение возможностей продуктивной переработки новой информации, необходимые для формирования адекватной линии поведения.

Суть методики заключается в том, что направляемый психотерапевтом определенный стиль обсуждения в группе и поведения ее членов, делающий возможным содержательное исследование значимых переживаний больного в непринужденной обстановке, приводит к постоянной интеграции в его сознании не принимавшихся до этого опыта потребностей. В ходе терапии идет по существу учебный процесс более дифференцированного восприятия себя и окружающего, в результате чего больной оказывается в большей или меньшей степени способным к конструктивному решению своих проблем. Свободная от страха психотерапевтическая доверительная атмосфера группы способствует усвоению информации, которую больной иначе не получил бы из-за внутреннего напряжения. Построенная таким образом психотерапия ведет к реорганизации процессов структурирования информации, содержащейся в основном в кратковременной памяти и «краевых» зонах сознания и к обучению такой ее переработке, которая делает возможной корректировку поведения на основе представлений, соответствующих реальности.

Проведение занятий

Вербальное взаимодействие в группе структурировано только поставленной проблемой (темой) и осуществляется в виде свободной дискуссии. В соответствии с предварительно полученной инструкцией больным предлагается сосредоточиться на обсуждении выдвинутой проблемы и связанных с ней собственных психологических затруднений.

Основное внимание в предварительной индивидуальной подготовке к занятиям уделяется изложению целей и принципов данной терапии. Больного ориентируют на доброволь-

ное изложение собственных значимых проблем при их свободном обсуждении в доброжелательной психологической атмосфере группы. Позиция психотерапевта при этом является недирективной. Он не дает больному определенных советов, конкретных рекомендаций, которых обычно ожидают от врача, но незаметно направляет обсуждение на формирование у больного способности к самостоятельному анализу и решению стоящих перед ним проблем (например, конфликтных взаимоотношений в семье или на производстве, неудовлетворенности осуществлением своих жизненных планов и т. д.). Терапевтическая результативность дискуссии тем выше, чем последовательнее реализуются психотерапевтом требования, предъявляемые к качественным характеристикам высказываний пациентов и чем полнее стиль врача перенимается всеми членами группы. Ниже приводятся основные требования к стилю поведения психотерапевта.

1. **Эмоциональная вовлеченность и принятие больного.** Высказывания психотерапевта должны создавать у больного ощущение, что он не считает себя имеющим преимущественное право на оценочные суждения, а свои ценностные ориентации единственно верными. Психотерапевт серьезно заинтересован в помощи больному. Вот почему для него становятся проблемой некоторые противоречия в позиции больного, на которые он не боится ему указать. Психотерапевт ожидает серьезного вклада в успех лечения со стороны самого больного, считает его духовно самостоятельным, поддерживает его право быть самим собой, уважает его личность вместе с присущими ему слабостями и недостатками. Эмоциональное участие психотерапевта не должно находиться в зависимости от (возможно, негативной) ответной реакции пациента.

2. **Аутентичность или естественность**, отсутствие фальши в позиции психотерапевта. Поведение последнего должно всегда соответствовать его переживаниям и служить пациенту моделью для подражания, облегчающей раскрытие собственных переживаний. При этом возможные иногда попытки обсуждения личности терапевта со стороны больных не должны им отклоняться.

3. **Эмпатия** (вчувствование, полное эмоциональное понимание). Психотерапевт во время занятия постоянно находится в системе отношений, включающей личность больного. Его ответы отражают принципиальное понимание чувств больного, он реагирует в том числе и на некоторые невысказанные непосредственно словами эмоциональные движения пациента, руководствуясь информацией, полученной невер-

бальным путем. Психотерапевт старается точно улавливать и вербализировать именно те эмоции, которые пациент только еще начинает осознавать. Эмпатичность психотерапевта в значительной мере способствует осознанию больным отдельных элементов своих переживаний.

Основным тактическим оружием психотерапевта является вербализация информации, полученной от больного. Психотерапевт в принципе воздерживается от директивных указаний, оценочных суждений, советов, интерпретаций. Его слова должны лишь точно отразить суть высказанной больным информации. При этом они не должны представлять собой простое повторение высказываний больного иными словами. **Направленность вербализаций** психотерапевта (не бросающаяся в глаза больному) выражается в том, что из аморфной, хаотичной словесной продукции пациента врач выделяет элементы объективной реальности: больной сталкивается со ставшим более ясным несоответствием своих установок окружающей действительности. Избегая полярных крайностей, которые могут нарушить процесс исследования личности пациента, врач постоянно балансирует между идентификацией с позицией больного и объективной реальностью. Дальнейшей важной тактической характеристикой вербализации психотерапевта является избирательное положительное подкрепление следующих элементов поведения больного:

1. **Самораскрытие,** высказывания больного о собственной личностной проблематике. Самораскрытие является необходимой предпосылкой для психотерапевтического воздействия на стиль переработки психологической информации. Самостоятельное словесное формулирование проблем может способствовать их решению, позволяет больному в свободной от страха ситуации видеть собственные личностные структуры, ранее скрытые или искаженные эмоциональной блокировкой.

2. **Индуцированный положительный аффект.** Изъявление психотерапевтом положительных эмоций, душевной теплоты в отношении переживаний больного может вести к появлению у него аналогичных ощущений, несовместимых с переживанием страха.

3. **Модели поведения.** Психотерапевт выступает как модель эффективного социального поведения и подкрепляет подражание, переучивание в использовании социальных навыков. Подкрепление модельного обучения является основным приемом, направленным на формирование мотивации к конструктивному поведению.

Возможные ошибки при применении методики

Типичные ошибки, как правило, связаны с несоблюдением требований, предъявляемых к качественным характеристикам поведения терапевта, что может вести не только к неполному использованию заложенных в данной методике возможностей, но иногда и к снижению первоначально удовлетворительных результатов терапии.

Раскрывающая разговорная психотерапия

Основные принципы и цели

Основная задача раскрывающей психотерапии состоит в выявлении и коррекции психологической личностной защиты, в том числе дезадаптивных установок, неосознаваемых больными, формирование у них способности к самостоятельному построению продуктивной жизненной линии. Защитные реакции, понимаемые в реалистическом, а не в психоаналитическом плане, закономерно возникают в ходе психологической борьбы с развивающимся психическим заболеванием и попыток адаптации к нему. Так, сам по себе факт психического заболевания может полностью отрицаться больным или подвергаться псевдорациональным психологическим толкованиям. Такие же приемы не первично процессуального, а вторичного психологического происхождения нередко используются в формировании зависимой от других роли больного, при которой все активные действия и ответственность за них возлагаются на окружающих, в выборе неадекватных путей решения индивидуально-психологических конфликтов и т. д. Характерной особенностью этих психологических процессов является то, что многие их компоненты не осознаются больными, будучи вытесняемыми или в силу их чрезмерной болезненности для осознания, или потому, что они не согласуются с какими-то другими уже принятыми концепциями и тем самым разрушают искусственно созданную иллюзорную цельность объяснения мира больным. Так, часто не осознаются истинные размеры психологических конфликтов, соотношение реальных личностных возможностей с уровнем притязаний, ошибки в опознании социального контекста, отношения к некоторым значимым лицам и их отношения к себе, перенесение отношения к ним на другие социальные объекты и т. д.

Диагностическое проникновение в сложную диалектическую картину процессов психологической защиты выявляет

необходимость коррекции дезадаптивных ее вариантов и одновременно заставляет говорить еще об одном феномене, с которым неизбежно сталкивается психотерапевт при попытках этой коррекции — с сопротивлением больного, вызванным прикосновением к болезненно чувствительным сторонам его переживаний.

Дезадаптивные варианты защиты, как правило, оказываются возможными потому, что они, не требуя больших усилий, создают какие-то психологические преимущества, немедленно ощущаемые больным. Реализация линии поведения, которая в сложившейся для больного ситуации, оказалась бы адаптивной и которая вырабатывается в группе, сопряжена со значительными трудностями. Она требует существенных волевых усилий, целенаправленности, собранности (т. е. личностных черт, которые в особенности подвергаются деструкции при психозе), сопряжена с необходимостью отказа от привычных представлений, связанных с фундаментальными личностными установками, находящимися в относительной автономии от психопатологического процесса (например, ценностные ориентации), и, как правило, не сразу приносит желанные преимущества. Вот почему переход к здоровым адаптивным формам психологической компенсации закономерно и объективно сопряжен с противодействием больного. Этот феномен является существенным фактором, затрудняющим раскрывающую психотерапию.

Преодоление дезадаптивных форм психологической компенсации и усвоение больным адекватных объективной реальности установок далеко не во всех случаях сопровождается незамедлительным появлением продуктивного поведения. Иными словами, от правильного понимания сущности своих дезадаптивных защитных реакций еще далеко до первых активных шагов в направлении их устранения. Приближение последнего зависит от психотерапевтических усилий по формированию мотивации больного к самостоятельному продуктивному поведению — существенной заключительной процедуры методики.

Таким образом, основными задачами методики являются: всевозможное уяснение больными неэффективности используемых механизмов личностной защиты, формирование у них адекватных реальности установок (включая введение в сознание неосознававшихся ранее компонентов и преодоление сопротивления больного) и выработка мотивации к осуществлению самостоятельного продуктивного поведения. Коренным отличием данной методики от предыдущей является лежащий в ее основе принцип не глобальной коррекции

познавательных процессов (как в методике проблемных дискуссий), а избирательный поиск неадаптивных защитных психологических реакций с последующей заменой их на более адаптивные. Традиционно цели, поставленные перед раскрывающей методикой, решались в рамках индивидуальной психотерапии. Дополнительное привлечение групповых условий для выполнения указанных задач обеспечивает следующие преимущества:

а) групповая ситуация повышает возможности коррекции дезадаптивных личностных механизмов благодаря многосторонности психотерапевтических воздействий и более интенсивному социальному контакту с объективной реальностью;

б) выявление в группе значимых личностных переживаний в большей мере, чем в ситуации индивидуальной психотерапии, способствует повышению уровня самоутверждения больных;

в) создание в группе «положительных моделей» для целенаправленного использования механизмов подражания повышает возможности психотерапевтического формирования мотиваций больных.

Проведение занятий

Перед включением больного в группу проводится индивидуальная диагностика основных компонентов его интрапсихической и социальной проблематики, типа дезадаптивной личностной защиты.

Групповое занятие на всем протяжении представляет собой свободную дискуссию. Так же как и в методике проблемной дискуссии, большую роль здесь играет положительное подкрепление раскрытия больным своих значимых переживаний, но подкрепляющие высказывания делаются значительно более избирательно, ограничиваясь предпочтительным раскрытием приемов (форм) дезадаптивной психологической защиты. Характерным отличием стиля психотерапевта является и то, что наряду с вербализацией, т. е. с более точным, красочным и метафоричным воспроизведением значимого содержания высказываний больного, используются и интерпретации, выделяющие и формулирующие природу и основное содержание психологических процессов, лежащих в основе значимых переживаний больного. Такие формулировки позволяют говорить о данном больном не на языке единичных и, возможно, случайных деталей содержания его

высказываний, а на языке общепсихологических закономерностей и связей, характерных и для других больных.

Именно этим путем направляется терапевтическое воздействие общегрупповой динамики на каждого отдельного больного. Такой стиль анализа высказываний позволяет всем участникам быстрее и глубже почувствовать общность переживаемых проблем, а для каждого отдельного больного — это необходимая предпосылка уяснения сущности дезадаптивного защитного приема и решающий этап терапии, так как далее основные усилия врача и группы направлены на анализ этого приема и преодоление связанного с этим сопротивления больного. Результативность здесь во многом зависит от создаваемой психотерапевтом в группе рабочей атмосферы. Оптимальная групповая активность предполагает в известной степени перенятие больными стиля поведения терапевта, усвоение основных принципов его недирективных вмешательств. Представляется желательным, чтобы при обсуждении проблем данного больного все члены группы активно поощряли его самораскрытие, вводили интерпретации, участвовали в формулировании сущности конфликтной проблематики и сообщали бы обсуждаемому больному о соответствии его реорганизуемых установок оценочных суждений и т. д. объективной реальности. Последняя задача особенно важна в преодолении сопротивления больного и становится важным моментом занятия по окончании этапа раскрытия.

Приемы, используемые для преодоления сопротивления, различаются в зависимости от его типа. В оптимальном случае эти вмешательства должны делаться членами группы, подражающими терапевту или стимулируемыми им к этому. Приводим варианты наиболее часто встречающихся типов сопротивления.

1. Отшучивание, использование юмора, иронии для искусственного уменьшения масштаба переживаний. При систематическом появлении таких высказываний обращается внимание больного на несоответствие его поведения психотерапевтическим целям.

2. Переадресование инициативы, стремление «подставить» другого в качестве объекта обсуждения. Этому противопоставляется обсуждение мотивации больного к лечению, поощряется его самораскрытие.

3. Ссылка на невозможность вербализовать переживания. Обсуждение временно смещается на анализ смежных тем, при этом всемерно подкрепляется вербализация больным своих переживаний. При недостаточном уровне последней

проводится анализ соответствия позиции больного его терапевтическим устремлениям.

4. Уклончивый, неинформативный ответ. При этом допустимо деликатное, но прямое стимулирование адекватной вербализации (наводящий вопрос, просьба уточнить) и словесное подкрепление ее реализации.

5. Непродуктивное соотнесение с высказываниями других членов группы (согласие, несогласие, ссылки в плане ухода от решения поставленных проблем или неадекватного их решения). Подкрепляются продуктивные коррегирующие высказывания других членов группы: при обсуждении целесообразно стремиться к тактичной «изоляции» данного больного от партнеров по непродуктивным соотнесениям во избежание раскола на антагонистические субгруппы.

6. Прямое отрицание больным реальности. При повторном использовании отрицания дискуссия направляется на демонстрацию больному несоответствия занятой им позиции целям лечения и наличие противоречия между реальностью и его утверждениями.

Основная работа по психотерапевтическому преодолению сопротивления больного заключается в дифференцировке, уточнении его деталей, расширении самораскрытия, демонстрирующем поведение больного в многочисленных конкретных жизненных ситуациях, и в критическом анализе его дезадаптивной личностной защиты. Это раскрытие включает выявление ранее неосознававшихся компонентов психической деятельности (в той мере, в какой это целесообразно и достаточно для коррекции установок больного). Последнее необходимо лишь тогда, когда неосознание определенных элементов проблематики является препятствием на пути преодоления основной дезадаптивной личностной установки, и оказывается достаточным, когда появляются устойчивые элементы продуктивного поведения.

При построении индивидуального плана психотерапии каждого больного следует учитывать то обстоятельство, что дезадаптивных защитных реакций, выявляемых при функциональной диагностике, может быть несколько, они могут быть активными в разных личностных сферах, и устранение их иногда возможно лишь в определенной последовательности. Это предполагает наличие динамической смены в процессе психотерапии уровней адекватных реальности представлений больного и, соответственно, различных источников сопротивления.

Достаточно широкое раскрытие переживаний больного с одновременным преодолением его сопротивления является

основным путем перестройки его установок, но само по себе далеко не всегда обеспечивает продуктивное поведение больного в реальных обстоятельствах. Здесь групповая терапия может вступить в третий этап формирования мотивации к адаптивному поведению. Приводим рекомендуемые с этой целью приемы:

1. **Рациональное применение подкреплений** (речь идет о словесных подкреплениях). Вероятность осуществления поведения, направленного на продуктивное решение жизненных задач, повышается, если ему сопутствует чувство эмоциональной удовлетворенности. Дезадаптивные установки личностной защиты, искажая стратегию поведения больного, нередко лишают его эмоционального подкрепления, создавая т. н. негативный жизненный опыт. Реорганизация жизненного опыта и устранение дезадаптивных установок могут дополняться вовлечением в конкретные виды деятельности с целью формирования эмоционально удовлетворяющих отношений. План такого целенаправленного поведения во внетерапевтической среде составляется с учетом всего комплекса сведений, полученных о больном, включая анамнестические. В групповом обсуждении вопросов в особенности положительно оценивается активность в приобретении позитивного жизненного опыта.

2. **Использование моделей для положительного самоотождествления с другими.** Используется феномен подражания, для чего групповая обстановка может оказаться весьма благоприятной. Удовлетворенность приобретенным жизненным опытом, ощущаемая в высказываниях других членов группы, побуждает иногда к адекватному взаимодействию с ними и перенятию активных форм адаптивного поведения.

3. **Эмоциональная поддержка.** В ходе интенсивного, эмоционально насыщенного взаимодействия с психотерапевтом больной нередко обнаруживает тенденцию к психологической зависимости от врача, испытывая потребность освободиться от необходимости самому планировать свою жизненную линию и быть ответственным за ее реализацию (здесь не имеется в виду перенос в его психоаналитической трактовке). Эта тенденция может иногда использоваться для разрыхления играющей дезадаптивную роль инфантильной психологической зависимости больного от других значимых лиц (например, родителей). В дальнейшем интенсивная эмоциональная поддержка, ощущаемая больным на всех этапах реорганизации его дезадаптивных личностных установок и включающая психопедагогическую коррекцию преморбидно обусловленного дефицита жизненного опыта, а также эпизо-

дическое использование элементов суггестии для вовлечения в активные формы адаптивного поведения, является одной из движущих сил в формировании самостоятельности, повышении уровня самоутверждения больного.

Существенным условием успеха методики в целом является максимальное приближение психотерапевтических усилий к индивидуальным нуждам каждого пациента, что является весьма сложной задачей, если учесть, что присутствующие в группе больные обычно находятся на разных этапах реорганизации нарушенных отношений.

Возможные ошибки при применении методики

Начальный период функционирования группы является решающим в формировании продуктивной рабочей атмосферы. Здесь психотерапевту особенно важно правильно «дозировать» определенные типы своих вмешательств. Несоблюдение золотой середины его высказываний, стимулирующих активность группы, может привести или к торможению спонтанной внутригрупповой динамики, или к недопустимому снижению продуктивных компонентов дискуссии. Чрезмерно частое введение терапевтом интерпретаций снижает использование их другими членами группы. Отсутствие же интерпретаций замедляет переход к этапу преодоления сопротивления. Следует подчеркнуть, что как проявления сопротивления опознаются психотерапевтом лишь те из приводившихся выше вариантов высказываний больного, которые являются реакцией на попытки реорганизовать конкретные структуры дезадаптивной личностной защиты. Неверное опознание феноменов сопротивления приводит к тому, что психотерапевт может начать «ломиться в открытую дверь». Кроме того, само по себе преодоление сопротивления ни в коем случае не является самоцелью. Это лишь необходимая предпосылка для формирования адаптивных личностных установок. Недопустима ситуация, когда психотерапевт превращает процедуру преодоления сопротивления в пустое словесное «фехтование» с больным, забывая, для чего это, собственно, делается.

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ГРУПП И ОРГАНИЗИЦИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Чем меньше структурированы психотерапевтические занятия, тем больше спонтанной активности, творческого разнообразия, продуктивного взаимодействия должна проявлять

группа и тем более гетерогенной она должна быть. Смешение по полу и возрасту, синдромально-нозологическая и личностно-типологическая разнородность облегчают преодоление пассивности, отгороженности, напряженности в общении, страха перед ним. При комплектовании психотерапевтических групп, вместе с тем, должны учитываться не только индивидуальные показания (как при других видах лечения), но также совместимость отдельных больных и задачи обеспечения необходимой подвижности и терапевтической адекватности групп.

Включению в терапевтические группы во всех случаях предпосылается индивидуальная работа с больным, направленная на выработку мотиваций. Для включения в разговорные группы наличие соответствующих мотиваций является обязательным.

Такие же мотивации необходимы для продуктивной работы в группах функциональной тренировки поведения. Вместе с тем, неправильно требовать четких мотиваций в качестве предварительного условия для привлечения к занятиям в психомоторных и коммуникативно-активирующих группах. Более того, именно перед последними может быть поставлена задача помощи больным в осознании полезности более сложных форм групповой психотерапии и выработки у них готовности к последней при исходной недостаточности соответствующих побуждений. Независимо от уровня мотиваций больной должен быть хорошо ознакомлен с целями его включения в ту или иную психотерапевтическую группу, с сущностью применяемых методов и «правилами» занятий. Иными словами, он должен хорошо понимать, что от него ожидается на занятиях и каковы условия участия в них, которым он должен следовать. Если в терапевтических методах, соответствующих задачам первого уровня, эти условия включаются в инструкцию к каждому занятию, то использование более сложных находится в прямой зависимости от сознательного принятия больными ряда исходных принципов. Эти принципы в некоторых случаях могут быть различными и даже диаметрально противоположными. Так, в группах функциональной тренировки поведения от больных требуется точное следование инструкциям терапевта и жестко фиксированной программе. Здесь, как указывалось, группа вместе с руководителем отмечает все удавшиеся элементы выполняемого задания и игнорирует неудавшиеся, а на этапных обсуждениях оцениваются достижения каждого и группы в целом. Не допускаются анализ собственных неудач, высказывания об их возможных причинах или попытки соотнесения тех или иных трудностей в выполнении

заданий с чертами характера или событиями прежней жизни. Совершенно иные требования предъявляются к участию в работе дискуссионных групп, в которых терапевт занимает недирективную позицию эксперта, перепоручая инициативу и активность в постановке и обсуждении вопросов больным. От последних требуется не только самостоятельность в дискуссии, но и умение соотнести происходящее в группе со своим прежним опытом и особенностями психического склада, осознать свои слабые стороны и помочь в этом товарищу.

Продолжительность курса занятий в группах пантомимы и функциональной тренировки поведения может быть рассчитана на 8—10 недель при 3—4 занятиях в неделю. Во всех других группах их желательно проводить в течение всего срока пребывания больного в отделении (в среднем 10—12 недель), причем в группах коммуникативно-активирующей терапии занятия целесообразно вести два раза в неделю, а в группах проблемной дискуссии и раскрывающей разговорной психотерапии — не реже 2 раз в неделю (возможно и проведение интенсивных курсов при 5 занятиях в неделю). В ряде случаев желательно продолжать занятия и после выписки больных, в вечернее время, 1—2 раза в неделю.

Занятия проблемной дискуссией допустимо проводить в средних по размеру группах (10—15 пациентов), остальные методы рекомендуется применять только в малых группах (6—8 пациентов).

Длительность групповых встреч не должна быть более 1,5 часов. Превышение указанного времени нежелательно не только вследствие нарастающего утомления больных и связанного с этим снижения продуктивности, но и потому, что оно не диктуется лечебными интересами и скорее отражает недостаточно четкое руководство занятием.

За исключением функциональной тренировки поведения, где врачу (и психологу) приходится показывать модельный эпизод взаимодействия, терапевты находятся во время занятия среди больных, которые рассаживаются кругом. На занятиях коммуникативно-активирующих групп больные — участники диалогов садятся рядом или могут находиться вне общего круга. Ношение медицинского халата терапевтам не обязательно.

Организации описанных форм групповой психотерапии во всех случаях должно предшествовать формирование соответ-

ствующей терапевтической среды*. Последняя, как известно, рассматривается в качестве решающей предпосылки всякой целенаправленной работы по реабилитации больных в условиях психиатрического стационара и охватывает два основных компонента — определенную терапевтическую установку и стиль поведения персонала (направленные на установление отношений сотрудничества и доверия к пациентам, применение демократических форм руководства коллективом больных) и организацию лечебного коллектива больных, объединяемого сознанием общности терапевтических целей и подчиненного задачам социотерапии.

Различие методов при разных формах групповой психотерапии предполагает неодинаковый стиль поведения психотерапевта и уровень его директивности. В идеале врач, разумеется, всегда должен оставаться полновластным управляющим движения психотерапевтического процесса, но необходимость стимулирования спонтанности, самостоятельной активности больных, а также соблюдение принципа партнерства — одного из основных в реабилитационной системе, делают целесообразной максимальную маскировку его директивности, когда она необходима. Если в занятиях пантомимой и функциональной тренировкой поведения прямые указания психотерапевта не ограничивают существенно спонтанности поведения больных, то при проведении коммуникативно-активирующей терапии и, в особенности сложных форм разговорной психотерапии, они могут тормозить естественное течение группового процесса.

Успех психотерапии в немалой степени зависит от качеств личности самого психотерапевта. Как показывают экспериментальные исследования, не только интеллектуальный уровень психотерапевта играет решающую роль в успешности его профессиональной деятельности. Не менее важно для психотерапевта обладать гибкостью мышления, открытостью для нового опыта, душевным здоровьем (включая отсутствие невротичности), способностью к эмпатическому контакту. Наряду с этим психотерапия требует надлежащей профессиональной подготовки. Теоретическое ознакомление с ее принципами и методами должно сочетаться с практическим обучением, требующим развития и тренировки соответствующих навыков.

---

* Более подробные сведения о содержании понятия и принципах формирования терапевтической среды см. в кн.: «Клинические и организационные предпосылки реабилитации психически больных», М., Медицина, 1980, стр. 322—340.

Главный психиатр

А. А. ЧУРКИН

ПРИМЕРНАЯ ПРОГРАММА ЗАНЯТИЙ В ГРУППЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ ПОВЕДЕНИЯ

1.1. Вы спрашиваете пешехода, как пройти на улицу, которая находится близко (далеко).

1.2. Вас спрашивают, как пройти на такую-то улицу. Вы уклоняетесь от ответа.

1.3. Вы пытаетесь завязать разговор с посторонним, стоящим, как и вы, на автобусной остановке.

2.1. В поезде ваше место занято, вы просите освободить его.

2.2. Вас просят перейти с занимаемого вами в купе места, вы отказываетесь.

2.3. Вы пытаетесь в купе вступить в беседу с попутчиком.

3.1. В магазине вы просите продавца показать вам один (несколько) интересующих вас предметов, выясняете их цену и пр.

3.2. В связи с тем, что у вас в данный момент нет с собой денег, вы просите продавца отложить оплату сделанной вами покупки на некоторое время.

3.3. Купленный вами накануне товар вас не вполне устраивает и вы обращаетесь к продавцу с просьбой его обменять.

3.4. Вам кажется, что отпускаемые вам продукты неправильно взвешены и вы просите продавца взвесить их еще раз.

3.5. В театральной кассе кто-то пытается купить билет вне очереди без всяких оснований. Вы протестуете.

3.6. Вы очень торопитесь и добиваетесь согласия на получение билета без очереди.

4.1. Войдя в кафе, вы обращаетесь к официанту с просьбой предоставить вам свободный столик.

4.2. Вы спрашиваете у официанта совета, что вам лучше заказать.

4.3. Ваш сосед по столику намерен отлучиться и просит вас присмотреть на это время за его вещами. Вы находите форму отказа.

4.4. Поданное блюдо вам кажется холодным, вы просите заменить его.

4.5. Вам кажется, что предъявленный официантом счет составлен неправильно, вы требуете проверить его.

4.6. Вы пытаетесь начать в кафе разговор с соседом по столику.

5.1. Вы опоздали в театр. Вы просите сидящего рядом с вами рассказать начало действия.

5.2. В учреждении вам надо привлечь внимание занятого делом сотрудника, вы громко обращаетесь к нему.

5.3. Вы входите в служебный кабинет и, несмотря на предложение подождать пока за дверью, пытаетесь излагать существо вашего дела.

5.4. Оформление ваших документов задерживается без достаточных причин, вы требуете его ускорить.

5.5. Сотрудник, занимавшийся вашим делом, нелюбезен, вы протестуете.

6.1. Сослуживец отрицательно отзывается о ком-то из ваших коллег. Вы не согласны с этой оценкой.

6.2. Вы просите коллегу подменить вас на какое-то время на вашем рабочем месте.

6.3. Вам предложили сделать работу, от которой уклоняется сослуживец, обязанный ее делать. Вы отказываетесь.

7.1. Вы входите в служебный кабинет к начальнику и излагаете ему свои предложения по работе (претензии, жалобы).

7.2. Вы обращаетесь к начальнику с просьбой разрешить вам уйти сегодня с работы пораньше.

7.3. Начальник обращается к вам с просьбой сделать дополнительную работу. Вы находите форму отказа.

7.4. Начальник без оснований отрицательно отзывается о ваших деловых качествах. Вы выражаете несогласие с его оценкой.

8.1. Вы с кем-нибудь разговариваете, подходит третий. Вы просите разрешения договорить с собеседником.

8.2. Вы опоздали на встречу с другом и не объясняете причину опоздания.

8.3. Знакомый просит у вас в долг деньги, вы находите вариант отказа.

8.4. Болтливая соседка часто мешает вам своими разговорами. Вы объясняете ей это.

8.5. Вы критикуете своего друга.

9.1. Вы хотите пойти на вечеринку один, объясняете причину этого членам своей семьи.

9.2. Вы поздно вернулись домой. Объясняете причину опоздания.

9.3. Члены семьи недовольны вашей манерой одеваться. Вы оставляете за собой право одеваться, как вам нравится.

9.4. Выражая вам порицание, члены семьи ставят вам кого-то в пример, вы отстаиваете свои собственные положительные качества.

9.5. Вы выражаете родным возмущение стилем их обращения с вами.

10.1. Вы заводите с партнером по группе дружеский разговор.

10.2. Вы описываете партнеру по группе свои положительные качества.

10.3. Вы хвалите своего партнера по группе, приводя его положительные качества.

10.4. Вы организуете дискуссию в группе, уточняете мнения, делаете выводы из обсуждения.

Л 78115 от 14.02.83 г. Зак. 348. Тир. 3000

Типография Министерства здравоохранения СССР